

UN SISTEMA DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN

* Carmen Cristina Ludewig * Marielena Dávila

PALABRAS CLAVES: Condiciones de vida. Situación de salud. Informantes claves.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación consistió en desarrollar un sistema de análisis de situación de salud según condiciones de vida de la población para apoyar la gestión municipal en salud. Se estableció como unidad de análisis los barrios y urbanizaciones que forman parte del municipio, Los indicadores de condiciones de vida de los barrios fueron: el porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas; con niños de 7 - 12 años que no asisten a la escuela; sin servicio de agua; con jefe de familia que no alcanzó 3 grados de escolaridad, y el porcentaje de hogares en hacinamiento crítico. Se estudiaron estos indicadores en 15 barrios y urbanizaciones del municipio Iribarren del Estado Lara con la técnica de informantes claves. Para establecer la validez y confiabilidad de la propuesta, se compararon los resultados con los obtenidos al aplicar una encuesta en una muestra representativa de hogares de cada comunidad estudiada. Se encontró una correlación elevada entre ambos sistemas ($r = 0,891; p < 0,001$) así como una estrecha interrelación entre los cinco indicadores y entre éstos y el Índice de Condiciones de Vida (Coeficiente Alpha: 0,856). Al conformar estratos de barrios según sus condiciones de vida, se logró identificar un grupo de comunidades donde la mortalidad proporcional en menores de un año, por enfermedades infecciosas intestinales y por causas externas, son de 14,28%, 7,14% ó y 21,43% respectivamente, mucho mayores a las cifras promedio para las 15 comunidades estudiadas. Sistemas como el desarrollado en esta investigación apoyan la gestión municipal pues permiten identificar de manera oportuna y a un bajo costo, las comunidades sobre las que es preciso intervenir para lograr un mayor impacto con los recursos existentes, así como monitorear y evaluar el efecto de los planes y programas sobre las condiciones de vida y salud de la población.

KEY WORDS: Life Condition. Health Situation. Key informants.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to develop a system for the health situation analysis of the communities based upon their life condition in order to support the government municipal health management. The units of analysis were: low income household and middle class suburbs; proportion of families with inadequate homes; children between 7 - 12 years of age who do not attend school; precarious to no water service; head of the family household with less than 3er grade of elementary school education level; and proportion of household in crowded critical conditions. Fifteen low income households and suburbs of the Iribarren county were studied using key informants techniques. The validity and reliability of the study were reached through comparisons of the results with those obtained from a representative sample of each household of the

* Docentes del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela.

community under investigation. The results showed a high correlation between the two systems ($r: 0.891$; $p < 0.001$), and an interrelation among the five indicators, and among them with the life condition index (Alpha coefficient: 0.856). Low income households were stratified based on their life condition. A group of communities was identified on proportional mortality rate; in children younger than 1 year of age; intestinal infectious diseases, and external causes (14.28%, 7.14% and 21.43% respectively). Systems like the one developed in this investigation allow the close identification, and at reach a higher impact with the existing resources, as well as, surveillance and evaluation of health plans and programs effects on the life and health condition of the population.

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años, luego de tres décadas de crecimiento económico y social, en Latinoamérica se han producido profundos cambios en las condiciones de vida de importantes sectores de la población, cambios que se expresan como un incremento en la proporción de personas que viven en pobreza, deterioro de los servicios públicos, inaccesibilidad a los servicios básicos como vivienda, agua potable, educación, atención a la salud, todo lo cual se ha reflejado en los perfiles de salud de la población. Es así como se ha experimentado un estancamiento en el descenso de la mortalidad infantil y en el incremento de la esperanza de vida, el resurgimiento de enfermedades infecciosas que estaban controladas y la aparición de afecciones asociadas al deterioro del ambiente (1). Sin embargo esta problemática de salud no se presenta de manera homogénea en toda la población, predominando en aquellos sectores cuyas condiciones de vida se encuentran más deterioradas, de allí que se hace necesario identificar estos grupos poblacionales y sus perfiles de salud para poder desarrollar estrategias efectivas de intervención que frenen el impacto negativo de la crisis.

Ante esta situación la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está promoviendo desde 1988, el desarrollo de sistemas de vigilancia de la situación de salud de la población estratificada según sus condiciones de vida. Estos sistemas deben tener la capacidad de establecer las áreas con mayores necesidades

de atención, así como la capacidad de evaluar el impacto que tienen los cambios socioeconómicos y de las acciones de salud y bienestar sobre los diferentes grupos de población; por otra parte dichos sistemas deben permitir monitorear las tendencias de las condiciones de vida y salud a largo plazo (2).

Para facilitar su desarrollo la OPS ha propuesto un modelo conceptual y metodológico que ha sido adaptado por diferentes países para diseñar sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida de la población. La metodología empleada consiste en estudiar las condiciones de vida de las unidades geográfico - poblacionales del país (estados, municipios o parroquias) para luego conformar estratos de ellas según sus condiciones de vida y establecer en estos estratos los perfiles de necesidades y problemas de salud (3,4), habiéndose aplicado en varios países (5,6,7).

Más recientemente se está intentando adaptar esta estrategia u otras similares, a ámbitos de gestión más locales como son los municipios (8,9,10). En 1992 se diseñó y aplicó una propuesta para el análisis de la situación de salud según condiciones de vida de la población en los municipios Iribarren y Palavecino del Estado Lara, Venezuela, en la cual la unidad geográfico - poblacional estuvo constituida, por los barrios y urbanizaciones, y las condiciones de vida fueron estudiadas a través de informantes claves, quienes dieron su opinión sobre el porcentaje de viviendas sin agua, sin sistema de disposición de excretas y el porcentaje

de población mayor de 15 años que no lee ni escribe. Con estos datos se construyó un índice de condiciones de vida. La situación de salud se analizó a partir de los datos de mortalidad y algunas características de los nacimientos vivos, especialmente el peso del niño al nacer (11).

El estudio del Estado Lara constituyó una de las aproximaciones al adaptar la metodología ideada para un análisis a un nivel nacional, al nivel municipal, e innovar al emplear técnicas no convencionales para obtener información sobre las condiciones de vida de la población. Sin embargo, esta propuesta no fue sometida a un estudio de validez para determinar si con ella es posible identificar los grupos poblacionales pertenecientes a diferentes estratos de condiciones de vida, lo cual es necesario si se desea que sea de utilidad para canalizar los recursos hacia las zonas con mayor riesgo; por otra parte, fueron empleados indicadores de condiciones de vida sólo para dos dimensiones de esta variable. Por este motivo se consideró necesario continuar profundizando en esta línea de investigación para desarrollar un sistema válido y confiable, que ofrezca a quienes planifican y toman decisiones en el nivel municipal, información oportuna y actualizada sobre las condiciones de vida y salud de la población, para lo cual, luego de identificar los indicadores de condiciones de vida a emplear y el sistema con el cual sería comparado para establecer su validez, el sistema ideado se sometió a prueba en una muestra de barrios y urbanizaciones del Municipio Iribarren del Estado Lara.

En las circunstancias actuales, cuando el proceso de descentralización que se está dando en Venezuela y otros países de América Latina, ha delegado en los gobiernos regionales y municipales la capacidad de decidir hacia dónde dirigir los recursos, un sistema para el análisis de la situación de salud que considere las condiciones de vida de la población, puede ofrecer información adecuada y oportuna para

identificar los perfiles de problemas prioritarios en diferentes grupos de población, a la vez de facilitar la identificación de los servicios, planes y programas más eficaces y eficientes para los diferentes sectores del municipio, lo cual tiene hoy en día gran importancia debido a la escasez de recursos financieros. Por otra parte, aportaría información útil para evaluar el impacto de las acciones que se tomen y de esta manera contribuiría con los procesos administrativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La unidad de análisis en esta investigación la constituyen los barrios y urbanizaciones que forman el área de influencia de los ambulatorios de la parroquia Juan de Villegas de la ciudad de Barquisimeto, dependientes de la Dirección Regional de Salud del estado Lara. Fueron estratificados según sus condiciones de vida con la información obtenida en 1992 en el estudio de Ludewig y col (11). Se formaron 5 estratos, seleccionándose 3 barrios o urbanizaciones en cada uno de ellos de manera aleatoria; éstos fueron los barrios: Agua Viva -- El Roble, El Garabatal, José Félix Ribas I (Norte), Brisas del Obelisco, San José Obrero, San Francisco, Morrocoy, 19 de Abril, Brisas del Turbio, Cerro Mara, y las urbanizaciones: Cleofe Andrade, Rafael Caldera, La Cariucieña I -IV, Santa Inés y Santa Eduvigis.

Para desarrollar el sistema de análisis de la situación de salud, según las condiciones de vida de la población con las características deseadas, se procedió de la siguiente manera:

Se construyó un índice de condiciones de vida que incluyó indicadores similares a los contemplados en el método para determinar las Necesidades Básicas Insatisfechas (12). Este es un método empleado para estudiar la magnitud de la pobreza en los países, el cual se basa en cinco indicadores. Se considera que un

hogar es POBRE o con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) si al menos uno de los indicadores está presente. En esta investigación se usaron como indicadores de Condiciones de Vida los mismos que contempla el método de NBI, con algunas adaptaciones:

- a) Hogares en viviendas inadecuadas: Se consideró que este estaba presente si la familia reside en un rancho, entendiendo por tal a todo local utilizado como vivienda familiar, construido con materiales de desecho (tablas, cartón, caña y similares). También se consideró rancho a las casas que tienen paredes de adobe, tapia o bahareque sin frisar; techo de láminas metálicas, paja palma o similares, y piso de cemento. No se consideraron otros tipos de vivienda (casas de vecindad, carpas, remolques) pues en la zona donde se realizó la investigación, éstas no existen.
- b) Hogares con niños en edad escolar (7 a 12 años) que no asisten a la escuela.
- c) Hogares en viviendas sin servicios básicos: aquí se indagó sobre la presencia o no en la vivienda, de agua por acueducto.
- d) Hogares con alta dependencia económica: aquellos hogares donde el jefe de la familia es analfabeta o tiene menos de 3 años de estudio.
- e) Hogares en hacinamiento crítico: se consideró que hay hacinamiento, si cada cuarto empleado para dormir, es usado por 3 o más personas.

Tomando como base estos 5 indicadores, se elaboró una encuesta con igual número de preguntas (5), la cual fue aplicada por entrevista de manera independiente a 3 personas de cada comunidad estudiada (Informantes Claves): a) el coordinador del ambulatorio al cual corresponde la comunidad, o en su defecto al adjunto a la coordinación o a la enfermera jefe del

ambulatorio; b) la trabajadora social o enfermera que visita el barrio; c) un miembro de la junta de vecinos o del comité de salud. Se estableció, como criterio de inclusión el tener al menos 1 año trabajando en el cargo. En total fueron aplicadas 45 encuestas.

La sumatoria de las cifras suministradas por los tres informantes a las cinco preguntas, constituye el índice de condiciones de vida (ICV) del barrio o urbanización, por lo tanto sus valores pueden oscilar entre 0 y 1.500, correspondiendo las cifras mayores a las comunidades con peores condiciones de vida.

Cabe señalar que el uso de informantes claves puede aportar información relevante sobre el estado de salud de la población y constituye una manera rápida de hacer medición en Epidemiología, como ha sido demostrado en varias investigaciones sobre diagnóstico comunitario, frecuencia de malaria, schistosomiasis, diarrea y otras, las cuales verificaron que la enfermedad y sus síntomas son bien reconocidos y percibidos por los miembros de la comunidad, y este conocimiento ofrece una importante fuente de información (13).

El ICV se aplicó en las 15 comunidades seleccionadas. Para verificar su validez, se aplicó el método de NBI en las mismas unidades poblacionales practicando encuestas casa por casa, y se estudió la correlación existente entre los resultados arrojados con ambos procedimientos. Para esto se procedió de la siguiente manera:

En cada barrio o urbanización fueron seleccionadas 210 viviendas utilizando la técnica de muestreo por cluster empleada para determinar cobertura de vacunación y cuyo uso se ha extendido a otras situaciones de salud (14). Para ello fue necesario actualizar o construir el mapa de cada barrio, en el cual se identificaron las viviendas; se conformaron conglomerados de 12 - 20 casas dependiendo del tamaño del

barrio; se escogieron aleatoriamente 30 de estos conglomerados y en cada uno de ellos se estudiaron 7 viviendas (las familias que en ellos habitaban). La primera vivienda a incluir en el estudio era la ubicada en la esquina nor - este del conglomerado; luego siguiendo el sentido de las agujas del reloj se estudiaron las 6 viviendas subsiguientes. En caso de no encontrarse la persona que debía aportar la información en la vivienda en dos visitas consecutivas, se pasaba a la siguiente vivienda.

En cada vivienda seleccionada se encuestó al jefe del hogar, o en su ausencia, a la persona mayor de edad responsable del mismo para el momento de la entrevista. Esta fue practicada por una persona previamente entrenada, y que desconocía la información aportada por los informantes claves. En total se practicaron 2.917 encuestas casa por casa. Es preciso señalar que en 3 comunidades no fue posible estudiar las 210 viviendas previstas en la técnica de muestreo empleada debido a que en dos de ellas el número de viviendas ocupadas era menor a esa cifra (Cerro Mara: 153 y Morrocoy 131) y en una no se encontró en el hogar a la persona que debía aportar la información (Santa Eduvigis: 108 encuestas).

La información fue procesada con los paquetes EPI INFO versión 6.0 y SPSS versión 7.5 para Window 95. Para el estudio de la validez del sistema se determinó, para cada comunidad, el porcentaje de hogares con NBI, resultado que fue comparado con el ICV obtenido de los informantes claves, calculándose el coeficiente de correlación momento - producto de Pearson entre ambos y entre cada uno de los 5 indicadores obtenidos con ambos

procedimientos. La confiabilidad fue estudiada a través del análisis de la homogeneidad o consistencia interna del ICV. Para ello se determinó la correlación entre los 5 indicadores del ICV, y entre el puntaje de cada indicador con el puntaje total en el ICV.

Una vez confirmada la correlación entre el ICV y el obtenido por el método de NBI, el siguiente paso consistió en formar estratos de barrio/urbanizaciones. Luego de explorar varias alternativas se constituyeron 4 estratos en base a percentiles del ICV:

Estrato I: barrios / urbanizaciones con ICV menor al percentil 10.

Estrato II: barrios / urbanizaciones con ICV entre percentil 10 y 49.

Estrato III: barrios / urbanizaciones con ICV entre percentil 50 y percentil 89.

Estrato IV: barrios / urbanizaciones con ICV igual o mayor al percentil 90.

Posteriormente se determinó el grado de concordancia entre esta estratificación y la obtenida con el método de NBI, con el coeficiente tau - b de Kendall.

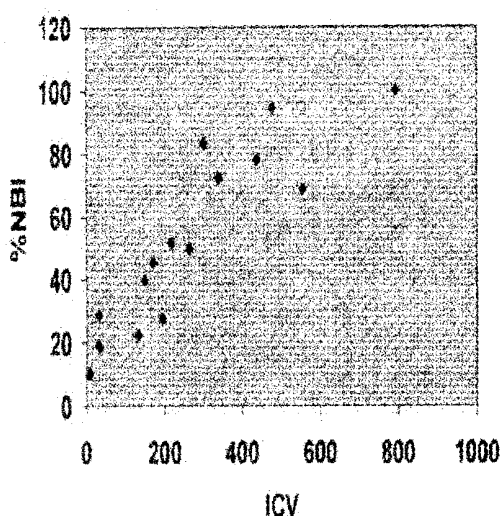
El análisis de la situación de salud según condiciones de vida de la población se realizó comparando la mortalidad observada en los diferentes estratos, para lo cual fueron estudiadas todas las defunciones ocurridas entre 1994 y 1996 en las 15 comunidades (681 defunciones), información obtenida del Sistema de Información en Atención Primaria de Salud UCLA - SAS, de la Sección de Epidemiología - Bioestadística del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.

RESULTADOS

Al investigar el porcentaje de hogares con NBI en cada comunidad estudiada a través de encuesta aplicada casa por casa, se encontraron valores entre 10,2% en la Urbanización Santa Eduvigis y 100% en el Barrio Morrocoy. A la vez, los valores del ICV obtenido por informantes claves en las mismas comunidades oscilaron entre 8 y 763.

Gráfico N° 1

Correlación entre el porcentaje de hogares con NBI y el ICV en las comunidades estudiadas. Barquisimeto. 1998.



En el gráfico N° 1 puede apreciarse la existencia de una asociación lineal positiva entre los resultados obtenidos con ambos procedimientos. El coeficiente de correlación momento producto de Pearson, calculado para cuantificar la asociación entre los resultados obtenidos con los dos sistemas, fue de $r = 0,891$ ($p = 0,000$) con límites de confianza (95%) entre 0,47 y 0,92. Este valor revela la alta correlación existente, lo cual habla a favor de la validez de ICV obtenido a través de informantes claves. Se determinó el modelo de regresión lineal al cual se ajustan estos datos, resultando:

Modelo	Coeficientes		T	P	Intervalo de confianza para B (95%)
B	EE				
Constante	20,536	5,714	3,594	0,003	8,192 – 32,881
ICV	0,117	0,017	7,077	0,000	0,081 – 0,153

Para cada indicador de condiciones de vida, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los valores obtenidos de las encuestas casa por casa, y la información suministrada por los informantes claves (el promedio de los tres informantes). La correlación fue elevada y estadísticamente significativa para los indicadores: Hogares en viviendas inadecuadas y hogares sin servicios básicos, y entre moderada y alta para el indicador hogares en hacinamiento crítico. La correlación entre la información obtenida en encuestas domiciliarias y la suministrada por los informantes claves para los indicadores: hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela y hogares con alta dependencia económica, fue moderada a baja (0,468 y 0,469) y estadísticamente no significativa ($p = 0,078$) (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Correlación entre la información obtenida en encuesta casa por casa, y la obtenida de los informantes claves, para cada indicador de condiciones de vida. Barquisimeto. 1998.

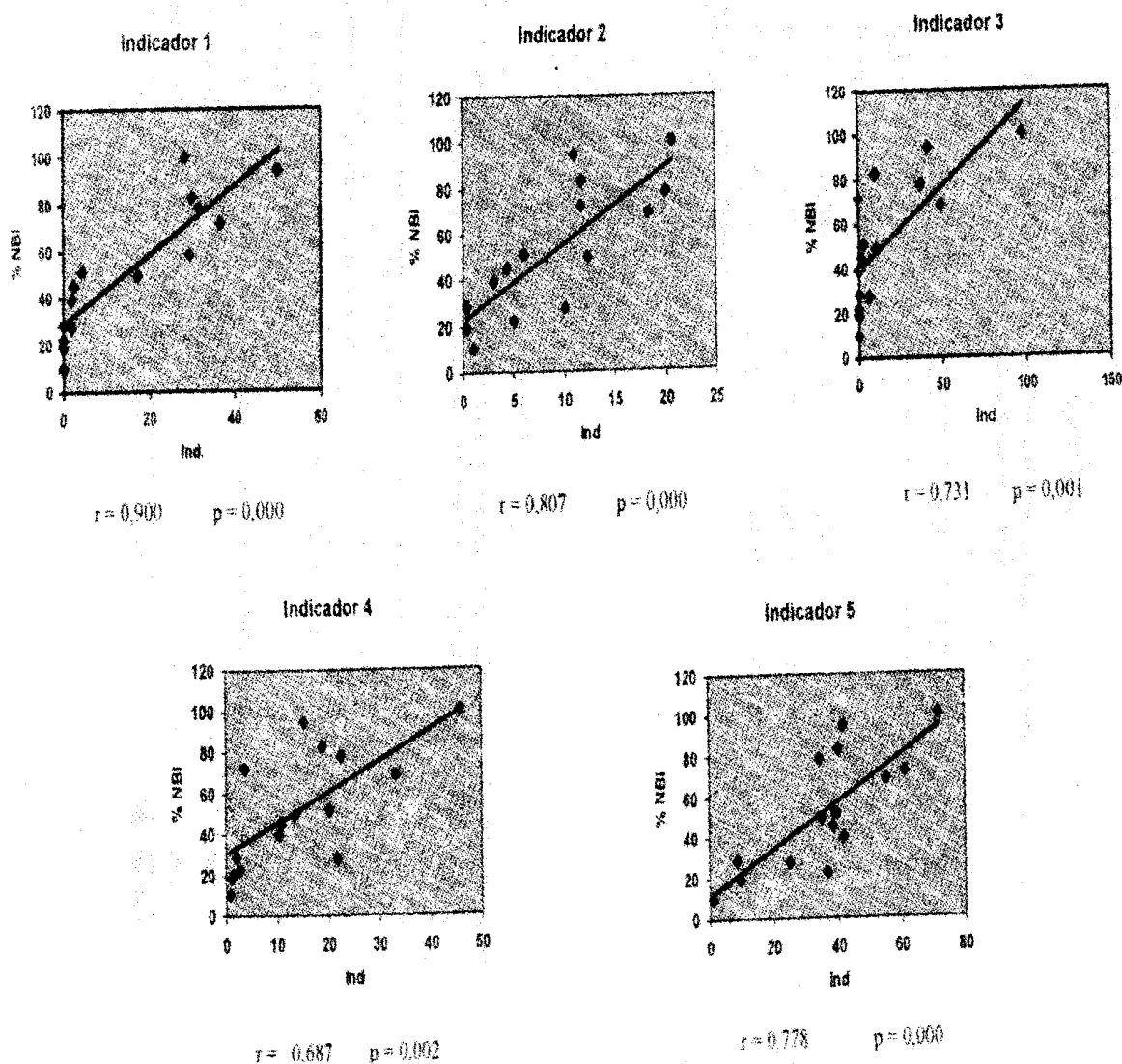
Indicador	r	P
1. Hogares en viviendas inadecuadas.	0,949	0,000
2. Hogares con niños de 7 – 12 años que no asisten a la Escuela.	0,468	0,078
3. Hogares sin servicios básicos.	0,922	0,000
4. Hogares con alta dependencia económica (Jefe de familia con menos de 3 años de estudio).	0,469	0,078
5. Hogares en hacinamiento crítico.	0,683	0,005

Los datos suministrados por los informantes claves para cada indicador, se correlacionaron significativamente con el resultado del estudio del porcentaje de hogares con NBI hecho casa por casa (Gráfico N° 2). Los coeficientes obtenidos

variaron entre 0,687 ($p = 0,002$) para el indicador Hogares con jefe de familia con tres años o menos de estudio, $p = 0,900$ ($p = 0,000$) para el indicador Hogares en viviendas inadecuadas.

Gráfico N° 2

Relación entre la información suministrada para cada indicador por los informantes claves y el porcentaje de hogares con NBI en las comunidades estudiadas. Barquisimeto. 1998.



Para analizar la consistencia interna del sistema diseñado para obtener el ICV de las comunidades, se estudió la correlación entre los 5 indicadores (ítems) que lo componen. El cuadro N° 2 muestra los coeficientes de correlación de Pearson entre estos indicadores. A excepción de la correlación entre los indicadores 1 y 4 la cual fue bajada a moderada ($r: 0,470$), los coeficientes para el resto de los indicadores estuvieron entre $0,593$ (correlación moderada) y $0,860$ (correlación alta). El coeficiente Alpha determinado para establecer la consistencia interna del ICV a través de la interrelación de sus indicadores, fue de $0,856$. Los resultados anteriores sugieren la homogeneidad del ICV.

Cuadro N° 2

Matriz de correlación entre los indicadores que componen el ICV. Barquisimeto, 1998.

	Ind. 1	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5
Ind. 1	1,000				
Ind. 2	0,750*	1,000			
Ind. 3	0,593*	0,785*	1,000		
Ind. 4	0,470**	0,835*	0,860*	1,000	
Ind. 5	0,619*	0,719*	0,610*	0,637*	1,000

* $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

Por otra parte, se determinó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer la asociación entre cada indicador y el ICV de las comunidades estudiadas. Todos los indicadores se correlacionaron de manera significativa con el ICV, lo cual habla a favor de la confiabilidad del ICV (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3

Correlación entre la información aportada por los informantes claves para cada indicador* y el ICV de las comunidades estudiadas. Barquisimeto, 1998.

Indicador	r	P
Hogares en viviendas inadecuadas.	0.777	0.000
Hogares con niños de 7 – 12 años que no asisten a la Escuela.	0.913	0.000
Hogares sin servicios básicos.	0.920	0.000
Hogares con alta dependencia económica (Jefe de familia con menos de 3 años de estudio).	0.868	0.000
Hogares en hacinamiento crítico.	0.827	0.000

* Para cada comunidad se promedió la información suministrada por los 3 informantes.

Una vez verificada la validez del ICV, se conformaron estratos de barrios y urbanización utilizando percentiles, donde el estrato 1 es el de mejores condiciones de vida y el IV el de peores condiciones. Utilizando los mismos percentiles, se establecieron estratos de barrios y urbanizaciones según el porcentaje de hogares con NBI. Se encontró que 13 de las 15 comunidades estudiadas (86%) al ser estratificadas con ambos sistemas, se ubican en el mismo estrato de condiciones de vida. Sólo en 2 comunidades no hubo concordancia, sin embargo quedan ubicadas en el estrato más próximo (Cuadro N° 4). El coeficiente de concordancia Tau - b de Kendall fue de $0,892$ ($p = 0,000$).

Cuadro N° 4
Estratificación de los Barrios/
Urbanizaciones por Condiciones de Vida,
según el ICV y el índice de NBI.
Barquisimeto. 1998.

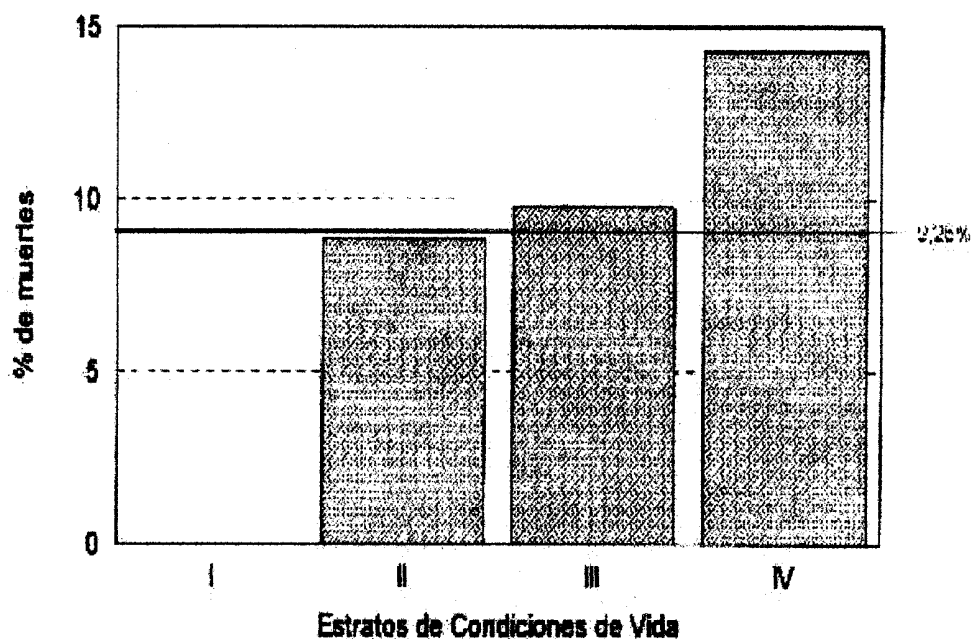
Estratos según ICV	Estratos según NBI			
	I	II	III	IV
I	①	-	-	-
II	-	⑥	-	-
III	-	-	⑤	1
IV	-	-	1	①

El análisis de la mortalidad en los distintos estratos de condiciones de vida revela que entre

1994 y 1996 hubo 681 defunciones en las 15 comunidades estudiadas; de ellas, el 9,26% fueron muertes en niños menores de 1 año de edad. En el estrato 11 de barrios y urbanizaciones, un 8,87% de las muertes ocurrieron antes del año de vida, a diferencia de lo observado en el estrato de peores condiciones de vida, donde por cada 100 muertes, 14,28% ocurrieron a este grupo de edad (Gráfico N° 3). Cabe señalar que el gráfico anterior y en los que siguen no se presenta información de mortalidad en el estrato 1 de condiciones de vida, pues en el mismo, constituido por una urbanización, hubo sólo 2 defunciones en el período 1994 -1996.

Gráfico N° 3

Mortalidad proporcional en menores de un año en las comunidades estudiadas, según estratos de condiciones de vida. 1994 – 1996.



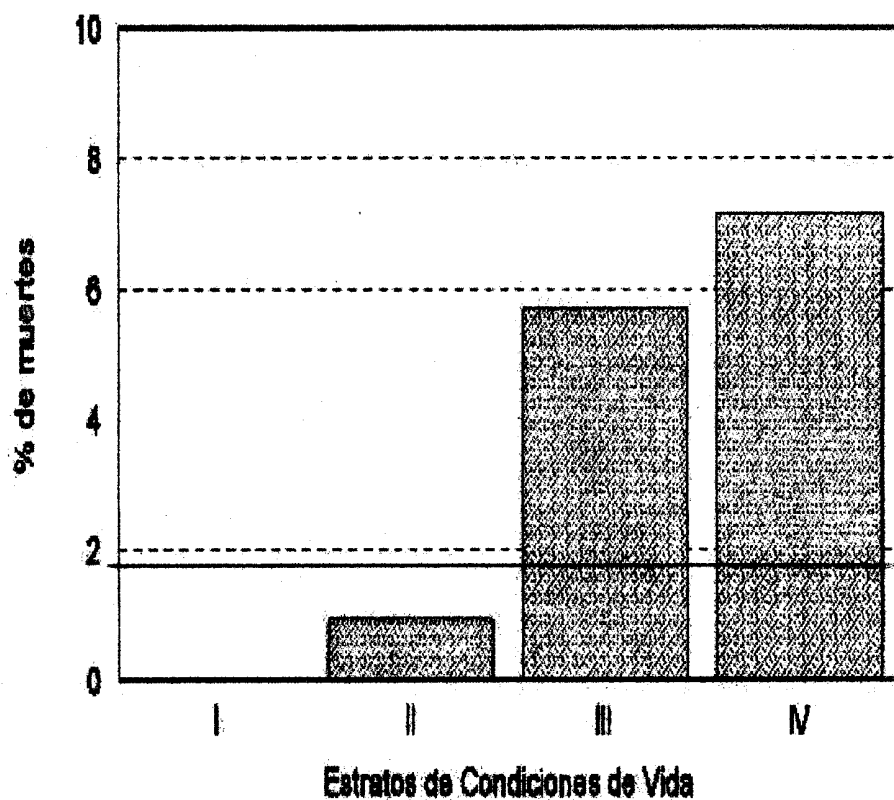
FUENTE: Sistema de información en Atención Primaria de Salud UCLA – SAS.

El 1,91% de las muertes ocurridas en los barrios y urbanizaciones estudiadas pueden ser consideradas como muertes evitables con medidas de higiene y saneamiento ambiental y educación en salud (Códigos A00 - A09, A75 - A79, A95, B15 - B19, B65 - B83 de la X Revisión de la Clasificación

Internacional de Enfermedades). En el gráfico N° 4 se puede observar que en el estrato II de condiciones de vida sólo el 0,92% de las defunciones fueron de esta naturaleza, mientras que en el estrato IV la cifra fue de 7,14%, es decir, siete veces mayo.

Gráfico N° 4

Porcentaje de muertes evitables con medidas de higiene, saneamiento ambiental y educación en salud, en las comunidades estudiadas, según estratos de condiciones de vida. 1994 – 1996.



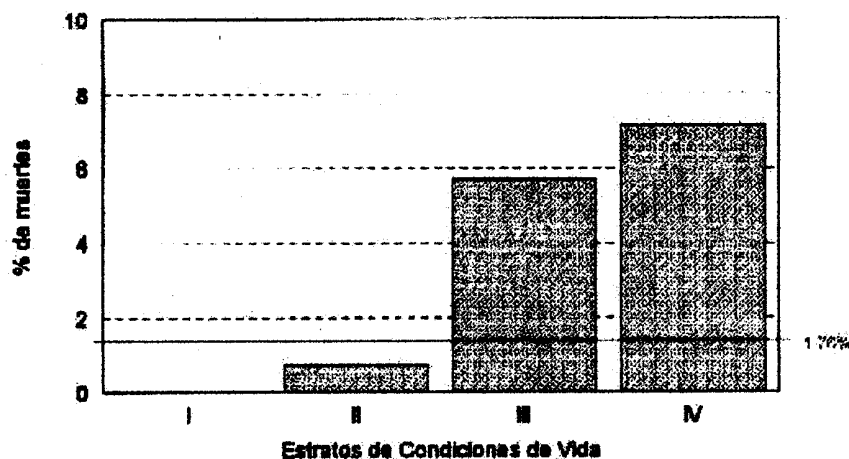
FUENTE: Sistema de información en Atención Primaria de Salud UCLA – SAS.

En las comunidades estudiadas, el 1,76% de las defunciones fueron por enfermedades infecciosas intestinales (Códigos A00 - A09 de la X Revisión de la Clasificación Internacional de

Enfermedades), porcentaje que se incrementa en los estratos al desmejorar las condiciones de vida, según se aprecia en el gráfico N° 5.

Gráfico N° 5

Mortalidad proporcional por enfermedades infecciosas intestinales en las comunidades estudiadas, según estratos de condiciones de vida. 1994 – 1996.



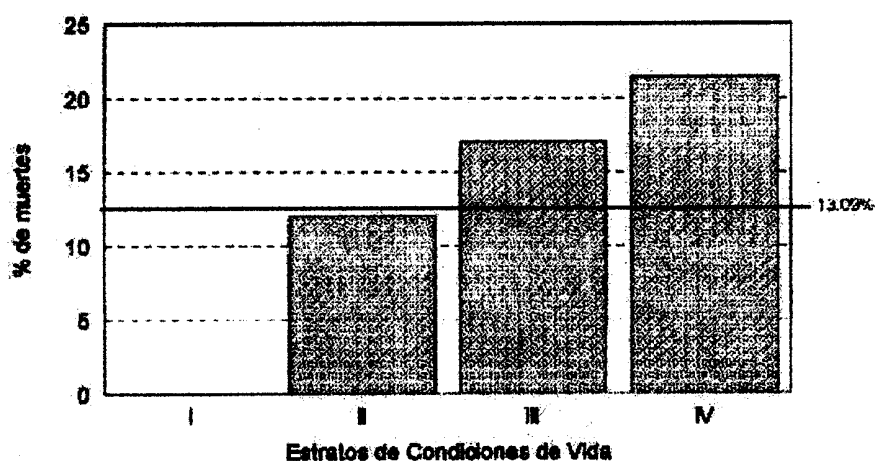
FUENTE: Sistema de información en Atención Primaria de Salud UCLA – SAS.

Por otra parte, un 21,43% de las defunciones ocurridas en los barrios del estrato IV fueron por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes y lesiones en las que se ignoran si fueron o no

accidentales), mientras que en promedio, en las 15 comunidades estudiadas el porcentaje de muertes por causas externas fue de 13,09% y en el estrato II, de 12,01% (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6

Porcentaje de muertes por causas externas en las comunidades estudiadas, según estratos de condiciones de vida. 1994 – 1996.



FUENTE: Sistema de información en Atención Primaria de Salud UCLA – SAS.

DISCUSIÓN

Las dificultades económicas por las que atraviesan gran parte de los países latinoamericanos y el proceso de descentralización del sector salud hacia los estados y municipios, ha incrementado el interés por el desarrollo de herramientas para estudiar el impacto de la crisis en los distintos grupos sociales, para evaluar el éxito de las medidas que se implantan y para identificar los grupos de población sobre los que es preciso intervenir para lograr el mayor impacto posible con los recursos existentes. Con este propósito nos planteamos desarrollar un sistema de análisis de la situación de salud, según condiciones de vida de la población, que permitiese reconocer de una manera rápida y a un bajo costo, los barrios y urbanizaciones con mayor necesidad de atención dentro de un municipio, tomando como base los lineamientos teóricos y metodológicos que ha formulado la OPS (3,4).

Partiendo de la propuesta desarrollada en Barquisimeto en 1992 (11) en la cual la información sobre condiciones de vida de los barrios es aportada por informantes claves, se diseñó y sometió a prueba un sistema para estudiar su validez y confiabilidad. Se encontró una correlación elevada ($r: 0,891$) entre el ICV construido con los datos aportados por los informantes claves y la información sobre NBI obtenida a través de encuestas casa por casa, lo cual proporciona evidencias de la validez del sistema. Por otra parte, la interrelación existente entre los cinco indicadores empleados para medir condiciones de vida, así como la elevada correlación entre cada indicador y el ICV, hablan a favor de la consistencia interna del mismo. Al estudiar algunos indicadores de la situación de salud en los diferentes estratos que se conformaron en base a las condiciones de vida, se encontró que en el estrato de barrios de peores

condiciones de vida (estrato IV) un 14,28% de las defunciones ocurren en niños que aún no han cumplido el año de vida, el porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas intestinales es de 7,14%, y la mortalidad proporcional por causas externas de 21,43%. Las cifras promedio para las quince comunidades estudiadas fueron: 9,26%, 1,76% y 13,09% respectivamente.

Ante el panorama actual de un empobrecimiento cada vez mayor en nuestros países, los programas sociales y en particular los de salud que se desarrollan a nivel municipal, deben enmarcarse en una política destinada a combatir la inequidad y aumentar la eficiencia de los recursos. En este orden de ideas, un sistema de análisis de la situación de salud según condiciones de vida de la población como el desarrollado en esta investigación, debe ser empleado para reconocer las comunidades más vulnerables, aquellas donde deben concentrarse determinados servicios y acciones para lograr un mayor impacto. De igual forma este sistema permitiría a las autoridades municipales, monitorear los indicadores de condiciones de vida y salud y evaluar el efecto de las acciones que se han tomado. Sin embargo, es preciso continuar investigando en esta línea de trabajo, interesando especialmente conocer la sensibilidad del ICV y de la técnica de informantes claves para reconocer en lapsos cortos de tiempo, cambios en las condiciones de vida de la población, aspecto no contemplado en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos, P. Perfil socio-epidemiológico y escenarios cambiantes para las prácticas de salud en América Latina. Santo Domingo, República Dominicana. 1990, pp 3 - 6 (Mimeografiado).

2. Organización Panamericana de la Salud. 1988. Diferencias de Salud según Condiciones de Vida. Líneas futuras de investigaciones sobre perfiles de salud. Boletín Epidemiológico. 9 (3): 1 – 2. 1988.
3. Castellanos, P. Perfiles de Salud y Condiciones de Vida. Una Propuesta Operativa para el Estudio de las Inequidades en Salud en América Latina. Presentado en: I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada. España. Octubre 1992, pp 1 – 26.
4. Organización Panamericana de la Salud. Programa Análisis de la Situación de Salud Según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Washington DC, 1992, pp 1 – 56.
5. Nuñez, N. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida en Venezuela. Una propuesta metodológica para trascender los promedios o mirando viejas cifras bajo la óptica de las desigualdades. Universidad Central de Venezuela/Organización Panamericana de la Salud. Caracas. 1992, pp 1 – 36.
6. Grupo Interdisciplinario de Estudios en Salud. Sistema Nacional de Vigilancia de la situación de salud según Condiciones de Vida. Ministerio de la Salud Pública de Cuba. La Habana. 1994. pp 1 – 53.
7. Vega, J. Situación de Salud y Condiciones de Vida en Chile. Presentado en: Taller sobre estudio de la situación de salud según condiciones de vida. Salvador, Brasil. 8 – 19 de marzo de 1993. pp 2 – 8.
8. Organizacáo Mundial de Saúde / Organizacáo Panamericana de Saúde – Brasil. Relatorio de Oficina de Trabalho sobre a utilizacáo de microlocalizacáo na vigilância à saúde em Distritos Sanitarios. Salvador, Brasil. 3 – 4 Dezembro de 1992. pp 1 – 16.
9. Alcaldía del Municipio Libertador. Dirección General de Desarrollo y Asistencia Social. Análisis de la situación de salud según condiciones de vida y sus tendencias en el Municipio Libertador, Venezuela. Caracas. 1994. pp 2 – 16.
10. Okabe, Y. et al. 1995. Projeto: Estudo do impacto das acoês de saneamento, segundo condicoês de vida e saúde em Curitiba. Núcleo de estudos em Saúde Coletiva (NESCO). Rev. Espaço para a Saúde. 4 (4): 42 – 44.
11. Ludewig, C et al, 1995. Propuesta para el análisis de la situación de salud según condiciones de vida de la población, para el apoyo a la gestión en los niveles locales. Boletín Médico de Postgrado. XI (4), pp 20 – 28.
12. Oficina Central de estadísticas e Informática. Mapa de la pobreza. Basado en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda. OCEI, Caracas, Venezuela. 1993. pp 11 – 15.
13. Lengeler, C; et al. The value of questionnaires aimed at key informants, and distributed through an existing administrative system, for rapid and cost-effective health assesment. World Health Statistics Quarterly. 44 (3), pp 150 – 159.
14. Henderson, R; Sundaresant, T. 1982. Cluster sampling to asses immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Bulletin of the World Health Organization, 60 (2). 253 – 260.